

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Л.Е Криштопов, А.А Коваленко, Ю.М Делендик, В.М Утин, Ю.И.Рашомский
Витебский государственный медицинский университет

Острый панкреатит встречается в 3-10 % неотложных заболеваний органов брюшной полости. В последние годы отмечается стойкая тенденция к увеличению заболеваемости острым панкреатитом. Сложность представляют деструктивные формы панкреатита. Летальность при них составляют 15-40%, а при инфицированных формах панкреанекроза 40-60%.

Нами проанализированы результаты лечения 109 больных, оперированных по поводу деструктивного панкреатита за период с 1999 по 2008 годы в клинике госпитальной хирургии на базе ВГЦКБ.

Среди них женщин было 40, мужчин 69. Возраст больных колебался от 19 до 90 лет. Большинство больных - 62 (56,8%) поступило позднее суток от начала заболевания. Панкреатогенный перитонит диагностирован в 29 случаях; оментобурсит в 33; абсцессы и флегмоны брюшной полости и забрюшного пространства в 15 случаях; разрывы, нагноения кист в 5 случаях.

В ранние сроки заболевания, преимущественно до 2003 года, при нарастающем панкреатогенном перитоните выполняли лапаротомию, мобилизацию поджелудочной железы, холецистэктомия с дренированием холедоха или холецистостомия, дренирование брюшной полости и забрюшного пространства. Оперировано больных 25. Длительность пребывания в стационаре до операции составила 4,4 койко-дней, в послеоперационном периоде - 34,9 койко-дней. Послеоперационная летальность составила 44%. Повторная санация сальниковой сумки потребовалось у 1 больного.

Послеоперационный период осложнился кровотечением из язвы 12-персной кишки в 1 случае, спаечной кишечной непроходимостью в 1 случае, панкреатическим свищом в 2 случаях.

После 2003 года в ранний период заболевания, в основном, производили лапароскопическое дренирование брюшной полости (28 больных). Средний койко-день до операции составил 3,7; после операции 20,8 койко-дней. Послеоперационная летальность составила 10,7%(больных).

В фазу гнойных осложнений 16 больным выполнили лапаротомию, санацию гнойно-некротических полостей, мобилизацию поджелудочной железы, дренирование желчевыводящих путей, сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Средний койко-день до операции составил 19,8; после операции - 47 койко-дней. Послеоперационная летальность составила 50%. В послеоперационном периоде у 2 больных развился панкреатический свищ, у 1 больного кишечный свищ.

У 2 больных гнойники вскрыты через люмботомические доступы.

Лапаротомия с наружным дренированием панкреатическим осложненных кист (нагноение, разрыв, сдавливание органов брюшной полости) выполнена у 5 больных. Длительность пребывания в стационаре до операции составила 13,4 койко-день, после операции - 17,4 койко-день. Летальных исходов не наблюдалось.

Под контролем УЗИ 32 больным произведена пункция, дренирование формирующих кист и оментобурситов. Осложнений и летальных исходов не было. Повторные манипуляции потребовались в 5 случаях.

Таким образом, применение малоинвазивных хирургических вмешательств позволяет значительно улучшить результаты лечения больных деструктивным панкреатитом и его осложнений.